

Guatemala

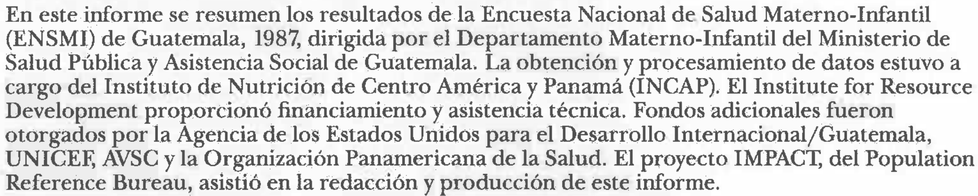
Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1987

INFORME RESUMIDO

CONTENIDO



AID



En este informe se resumen los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) de Guatemala, 1987, dirigida por el Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. La obtención y procesamiento de datos estuvo a cargo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). El Institute for Resource Development proporcionó financiamiento y asistencia técnica. Fondos adicionales fueron otorgados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Guatemala, UNICEF, AVSC y la Organización Panamericana de la Salud. El proyecto IMPACT, del Population Reference Bureau, asistió en la redacción y producción de este informe.

La encuesta de Guatemala es parte del programa internacional de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), destinadas a obtener datos sobre fecundidad, planificación familiar y salud materno-infantil. Para obtener más información sobre la encuesta de Guatemala, dirigirse al Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Palacio Nacional, 6a. Calle, 6a. Avenida, Zona 1, Ciudad de Guatemala, Guatemala, C.A., o al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Calzada Roosevelt, Zona 11, Ciudad de Guatemala, Guatemala, C.A. Para ampliar la información sobre el programa DHS, escribir a: DHS, Institute for Resource Development/Macro Systems, 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, E.U.A. (Télex: 87775).

Noviembre de 1989

RESUMEN

Las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil de Guatemala siguen estando entre las más elevadas de América Latina pese a los descensos registrados durante el último decenio, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) de Guatemala de 1987.

Un hallazgo fundamental de la encuesta es la prevalencia de los efectos de la malnutrición crónica entre los niños guatemaltecos, especialmente entre los de 12-36 meses de edad. Más de dos tercios de los niños en este grupo de edad presentan retardo del crecimiento, manifestado por la talla inferior de los mismos en relación a su edad (en comparación al estandard de la población internacional utilizado por la OMS).



CUERPO DE PAZ/RIVERA

Uno de cada nueve niños guatemaltecos muere antes de cumplir los 5 años. Las tasas de mortalidad infantil son más altas entre los niños que:

- viven en zonas rurales;
- tienen madres con poca o ninguna instrucción;
- tienen madres de 40-44 años de edad o de menos de 20;
- han nacido antes de transcurridos dos años desde el nacimiento anterior; o
- han nacido en séptimo lugar o más tarde.

Otros factores que influyen en la sobrevivencia infantil son la falta de atención prenatal y de asistencia médica durante el parto. Sólo tres de cada 10 nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta fueron atendidos por profesionales médicos capacitados.

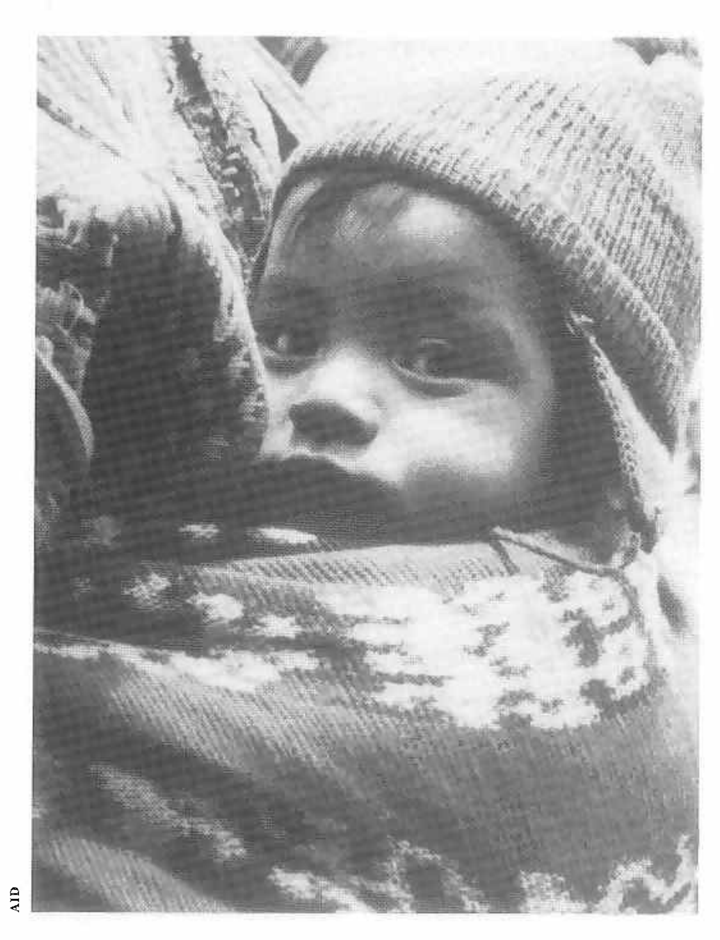
Los hallazgos más importantes de la encuesta respecto a la salud de los niños son, entre otros, los siguientes:

- *Diarrea* La diarrea, causa principal de la mortalidad infantil, es común entre los niños, especialmente los de 6-23 meses de edad. Sólo una pequeña proporción de niños con diarrea reciben terapia de rehidratación oral (TRO).
- *Inmunización* Sólo la mitad de los niños de 12-23 meses de edad tenía una tarjeta de vacunación verificable; de estos niños, sólo uno de cada cuatro está completamente inmunizado contra las seis enfermedades principales de la niñez.
- *Tétanos* En su mayoría, los niños menores de un año no están protegidos contra el tétanos neonatal.

Estos resultados indican la necesidad de ampliar los programas de salud y nutrición, especialmente para promover mejores dietas para los niños, alimentación suplementaria y prácticas de destete adecuadas, mejor atención materna, uso de la TRO durante la diarrea e inmunización completa.

Respecto a la fecundidad y a la planificación familiar, los hallazgos fundamentales son:

- *Maternidad temprana* La mitad de las mujeres guatemaltecas se casa y tiene el primer hijo antes de los 20 años.
- *Amenorrea del postparto* La lactancia materna es ampliamente practicada con una duración promedio de 20 meses, lo cual retrasa el retorno de la menstruación por un año después del parto.


AID

- *Fecundidad no deseada* Con las tasas actuales, las mujeres tendrán un promedio de 5,6 hijos al finalizar los años fértiles, aunque consideran que el número ideal es cuatro.
- *Preferencias relativas a la maternidad* Casi la mitad de las mujeres en unión no quieren tener otro hijo, y más de una de cada cuatro preferirían postergar el siguiente nacimiento por al menos dos años.
- *Uso de anticonceptivos* Guatemala tiene una de las tasas más bajas de prevalencia en el uso de anticonceptivos de América Latina: un 23 por ciento de las mujeres en unión utilizan la anticoncepción. Muchas mujeres declararon que habían interrumpido el uso de anticonceptivos por haber fallado el método o por haber experimentado efectos secundarios.

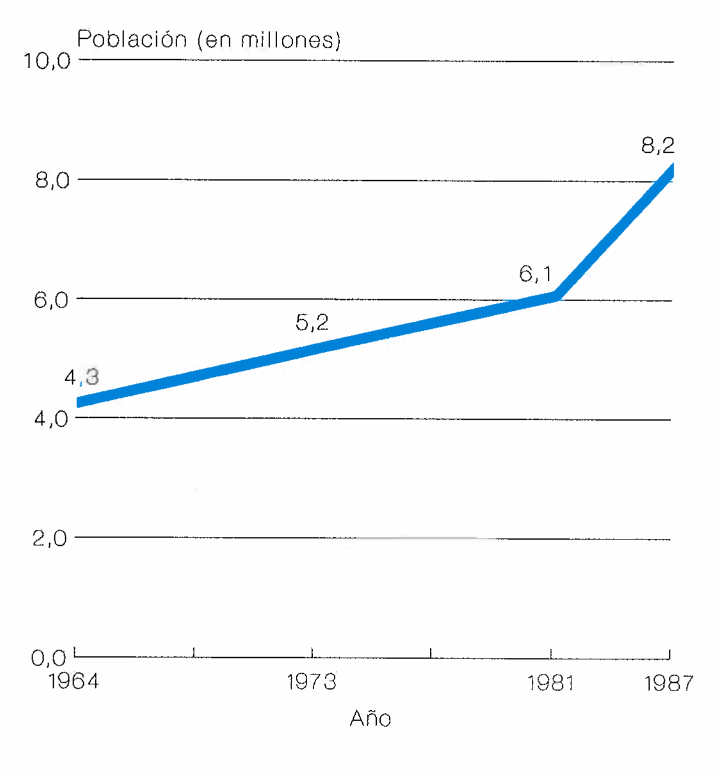
Las posibles iniciativas en materia de política y programas para abordar el problema de los embarazos no deseados, incluyen entre otras: instar a las jóvenes a que asistan a la escuela por más tiempo y posterguen el matrimonio y la maternidad; ampliar los servicios subvencionados de planificación familiar; desarrollar programas de educación pública para atender las inquietudes de las mujeres sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos y la ineficacia de los métodos; y capacitar a los promotores de salud para que orienten a los clientes sobre los diversos métodos anticonceptivos y el uso correcto de éstos.

ANTECEDENTES

La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de Guatemala de 1987 (ENSMI) provee a los planificadores y autoridades información esencial sobre fecundidad, mortalidad infantil y en la niñez, atención a la salud materno-infantil, estado nutricional de los niños y planificación familiar y los factores que se le relacionan. La encuesta fue dirigida por el Departamento de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Entre septiembre y diciembre de 1987 se entrevistó a un total de 5.160 mujeres de 15-44 años de edad de una muestra a nivel nacional. Las entrevistas con las madres proporcionaron información relacionada con la salud de 4.581 niños menores de 5 años.

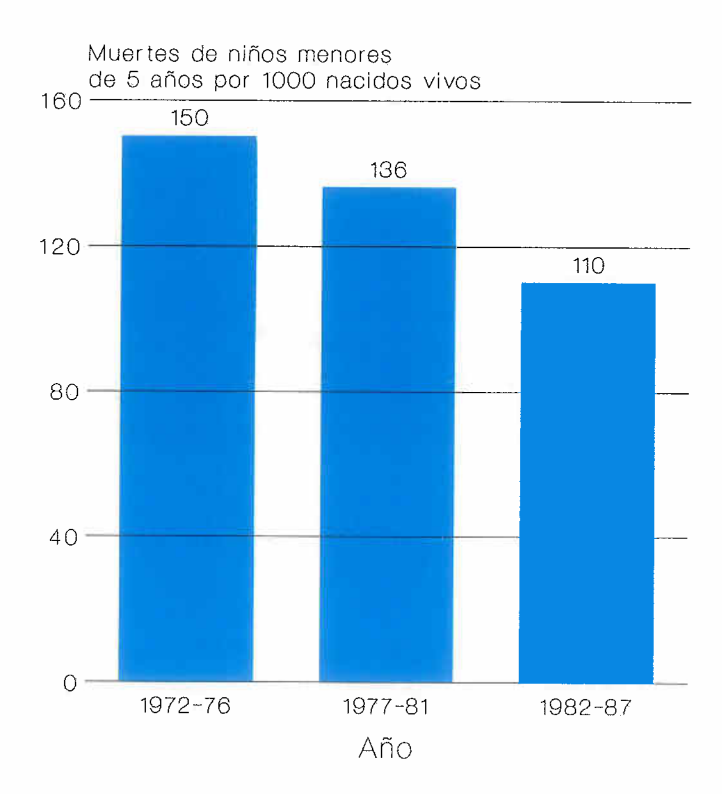
Se estima que la población de Guatemala, de 8,2 millones de habitantes en 1987, ha estado creciendo a razón del 2,8 por ciento (véase la Figura 1), y que con esta tasa el número de habitantes aumentará el doble en el curso de 22 años. La tasa de crecimiento sería aún más alta si no fuera por la emigración.

Figura 1
TENDENCIA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN
(1964-1987)



Censos de Población, 1964, 1973, 1981
Encuesta Nacional Socio-Demográfica, 1986-87

Figura 2
TENDENCIA DE LAS TASAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ
(1972-1987)



ENSMI 1987

SALUD MATERNO-INFANTIL

Mortalidad infantil y en la niñez

El mejoramiento experimentado por la salud de los niños en el último decenio está indicado por el aumento de las tasas de sobrevivencia infantil. Durante el período 1972-76, 15 de cada 100 niños murieron antes de cumplir los cinco años; durante 1982-87, aproximadamente 11 de cada 100 niños murieron antes de los 5 años de edad (véase la Figura 2).

Aproximadamente uno de cada nueve niños muere antes de cumplir los 5 años.

Los resultados de la ENSMI ponen de relieve varios factores que influyen de forma directa en la sobrevivencia infantil:

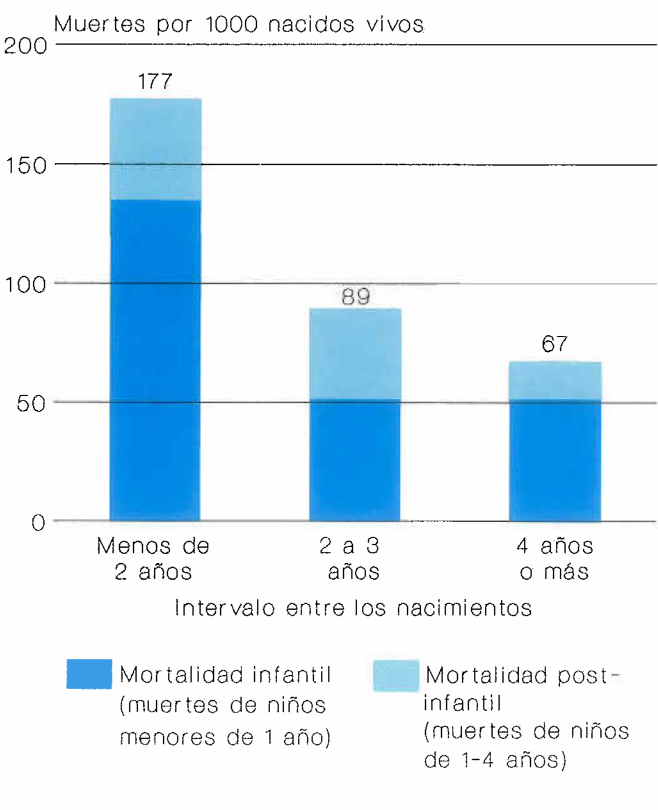
- *Lugar de residencia* El riesgo de morir antes del quinto cumpleaños es un 31 por ciento mayor para los niños de las zonas rurales que para los que viven en zonas urbanas. En las zonas rurales, 13 de cada 100 niños mueren antes de los 5 años. Las tasas de mortalidad en la niñez son especialmente altas en las regiones Central y Nor-Occidental.
- *Educación de la madre* Los niños cuyas madres carecen de instrucción tienen doble probabilidad de morir antes de cumplir 1 año y tres veces más probabilidad de morir antes de los 5 años que los niños cuyas madres tienen estudios secundarios.



PAHO/CARLOS GAGGERO

- *Edad de la madre* Las tasas de mortalidad infantil de los niños nacidos cuando la madre tenía 40-44 años de edad son dos veces más altas que las tasas comparables de los niños nacidos cuando la madre tenía 20-39 años de edad; los niños nacidos cuando la madre tenía 19 años o menos también tienen tasas de mortalidad más altas.
- *Espaciamiento de los nacimientos* Para los niños nacidos en un intervalo menor a dos años después del nacimiento anterior, la probabilidad de morir antes de cumplir 1 año es más del doble que la de los niños

Figura 3
ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS Y MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ
(1977-1987)



ENSMI 1987

nacidos dos o más años después del nacimiento anterior (véase la Figura 3).

- *Orden de los nacimientos* Los niños nacidos en séptimo lugar o más tarde tienen una probabilidad mayor de morir durante el primer año de vida que los niños de orden de nacimiento más bajo.

Atención materna

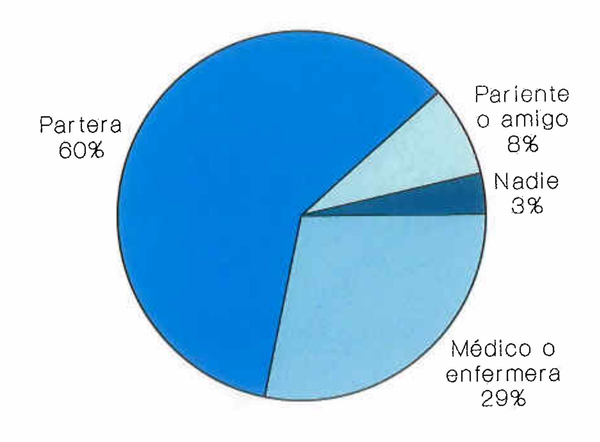
La atención que recibe una mujer durante el embarazo puede ser de importancia crítica para la probabilidad de sobrevivencia del hijo. Las madres del 27 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta no tuvieron atención prenatal. En cuanto a las madres sin instrucción, un tercio de ellas no recibió atención prenatal. Las mujeres de zonas rurales recibieron este servicio con menos frecuencia que las de zonas urbanas.

En su mayoría, los niños menores de 1 año no están protegidos contra el tétanos neonatal, enfermedad de consecuencias fatales — pero evitable — que puede atacar a los recién nacidos si las madres no han sido inmunizadas contra el tétanos y si el cordón umbilical no se corta y trata en forma estéril. Si bien el tétanos neonatal es una causa común de mortalidad infantil en Guatemala, de cada siete madres menos de una declaró haber recibido una inyección antitetánica durante el embarazo para proteger al recién nacido de desarrollar tétanos. Las tasas de inmunización antitetánica son especialmente bajas en las regiones Nor-Occidental y Sur-Occidental.

Entre los partos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, seis de cada 10 nacimientos fueron atendidos por parteras empíricas y tres de cada 10 por médicos y enfermeras (véase la Figura 4). Entre los habitantes rurales e indígenas, las parteras ayudaron a nacer a dos tercios de los niños. Aun en las zonas urbanas, las parteras atendieron en más de un tercio de los partos. Las mujeres con poca o ninguna instrucción fueron atendidas por parteras más que por médicos o enfermeras en comparación con las mujeres que habían completado por lo menos la escuela primaria.

Sólo tres de cada 10 partos fueron atendidos por profesionales médicos.

Figura 4
ASISTENCIA DURANTE EL PARTO
(Nacidos vivos durante los 5 años anteriores a la encuesta)

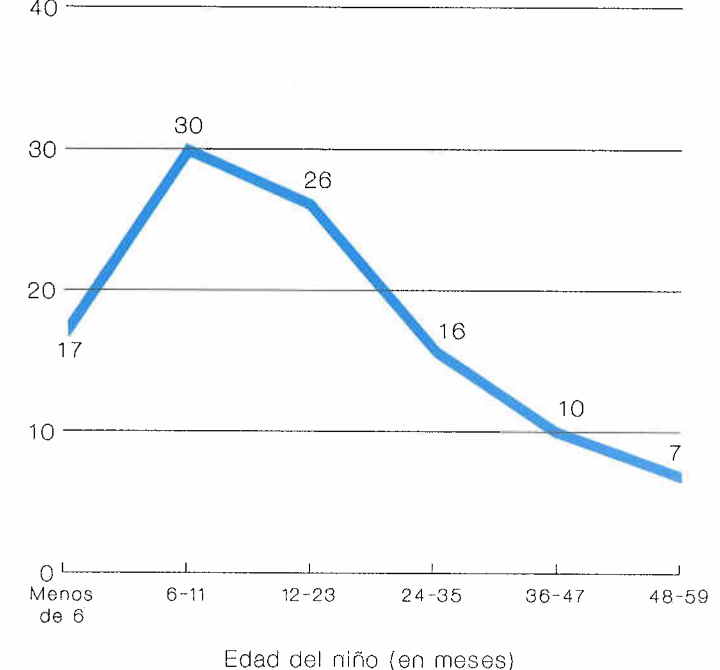


ENSMI 1987

Lactancia materna y salud infantil

Además de ofrecer a la madre cierta protección contra otro embarazo, la lactancia materna promueve la salud y el desarrollo del niño. La leche materna es la fuente ideal de nutrición durante el primer año de vida, proporcionando además anticuerpos que ayudan a proteger al niño contra las enfermedades. La lactancia

Figura 5
Incidencia de diarrea en la niñez
(Niños menores de 5 años con diarrea en las 2 semanas anteriores a la encuesta)



ENSMI 1987

materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses contribuye de manera importante a mantener la salud del niño.

La lactancia materna es ampliamente practicada en Guatemala. De cada seis niños, cinco toman el pecho durante el primer año de vida, y dos tercios continúan siendo amamantados hasta los 18 meses de edad.

Diarrea

La diarrea, causa principal de la mortalidad infantil, es común en Guatemala. Alrededor de uno de cada seis niños menores de 5 años tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. La incidencia de diarrea es mayor entre los niños de 6-13 meses de edad; de cada cuatro niños de este grupo de edad, más de uno tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta (véase la Figura 5). La proporción de niños con diarrea es semejante en las zonas urbanas y rurales, en todas las regiones del país, y entre los niños de madres de todo nivel de instrucción.

Aproximadamente uno de cada seis niños menores de 5 años había tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta.

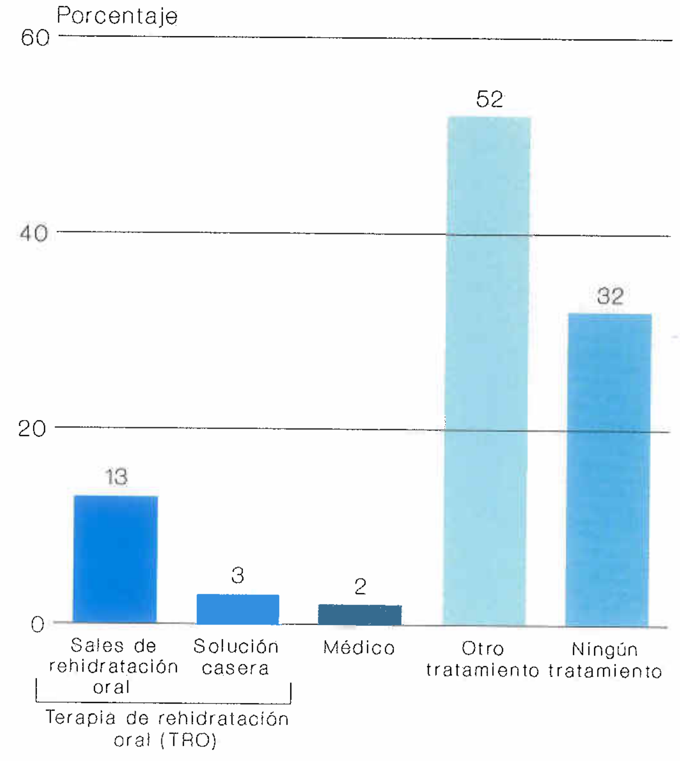
De los niños con diarrea, dos tercios recibieron algún tratamiento. Sin embargo, la terapia de rehidratación oral, tratamiento sumamente eficaz y económico contra la deshidratación resultante de la diarrea, se usó para tratar sólo al 16 por ciento de los niños con diarrea (véase la Figura 6). Menos del 2 por ciento de los niños fue visto por un médico.

En su mayoría, los niños no están completamente inmunizados contra las seis enfermedades principales de la niñez.

Prevención de enfermedades de la niñez

La inmunización contra las seis enfermedades principales de la niñez — tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión — es una intervención fundamental para mejorar las tasas de sobrevivencia infantil. El estado de inmunización pudo verificarse sólo en la mitad de los niños menores de 5 años — aquellos cuyas madres pudieron mostrar la tarjeta de vacunación. Entre los niños de 12-23 meses con tarjeta de vacunación, alrededor de la mitad están completamente inmunizados por lo menos contra una enfermedad, pero sólo uno de cada cuatro está completamente inmunizado contra las seis enfermedades (véase la Figura 7). Muchos niños reciben la primera dosis de una vacuna de triple dosis, pero no completan todas las dosis en la fecha que les corresponde, y por lo tanto no están debidamente protegidos. Los programas educativos deben enfatizar la importancia de recibir y completar todas las inmunizaciones necesarias para las seis enfermedades principales de la niñez en las fechas establecidas.

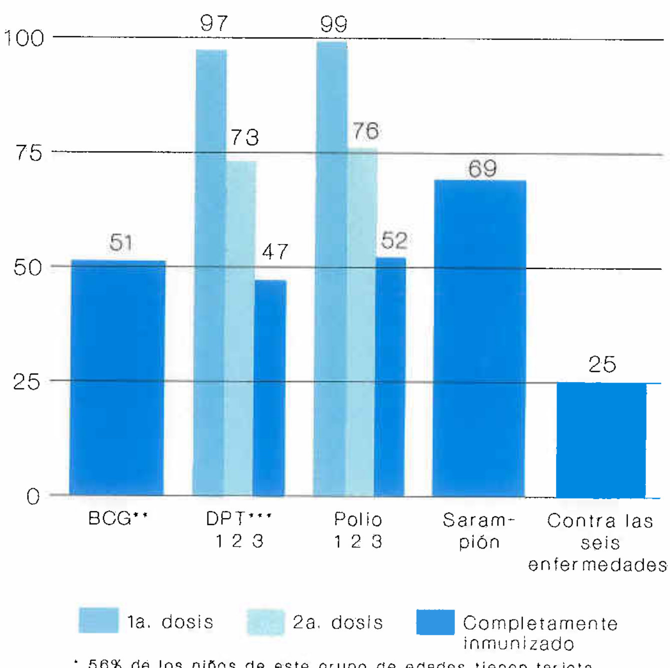
Figura 6
TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON DIARREA
(Niños menores de 5 años con diarrea en las 2 semanas anteriores a la encuesta)*



* La suma de las cifras da un total superior a 100 debido a las respuestas múltiples

ENSMI 1987

Figura 7
Cobertura de la inmunización
(Niños de 12-23 meses de edad con tarjeta de vacunación)*



* 56% de los niños de este grupo de edades tienen tarjeta de vacunación
** Tuberculosis
*** Difteria, pertussis (tos ferina) y tétanos

ENSMI 1987

Estado nutricional de los niños

El retardo del crecimiento a causa de la malnutrición crónica es excepcionalmente alto en Guatemala. Tres de cada cinco niños de 3-36 meses de edad tienen una talla para edad menor a dos desviaciones estandar, en comparación con la población de referencia internacional. Entre los niños de 12-36 meses de edad, la proporción es todavía mayor: más de dos tercios tienen retardo del crecimiento.

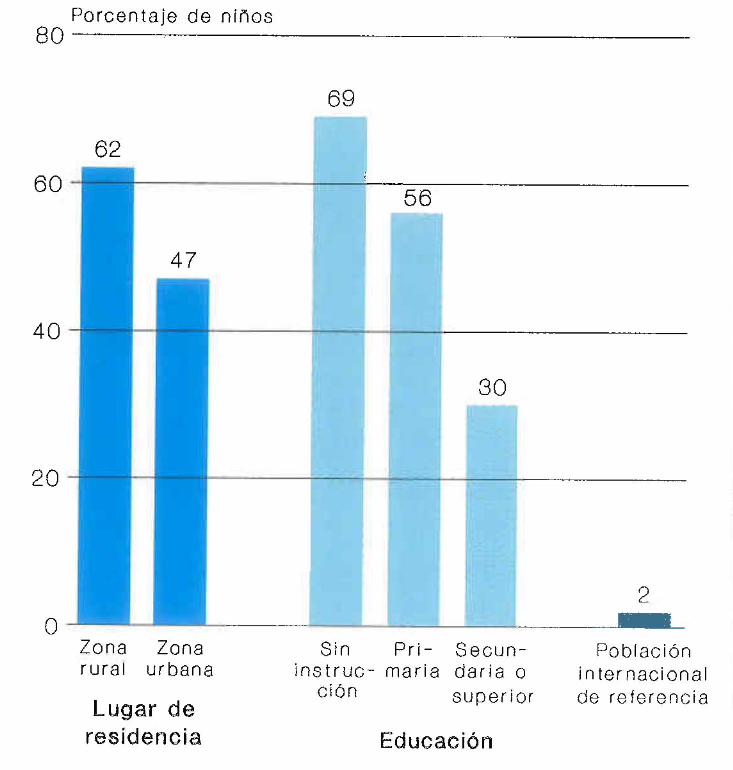
> *Dos tercios de los niños de 12-36 meses de edad están crónicamente malnutridos.*

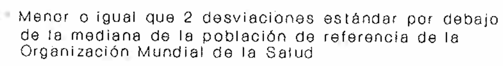
Varios factores están relacionados con las tasas más altas de malnutrición crónica:

- *Residencia* Tanto los niños de las zonas rurales como los de las zonas urbanas muestran los efectos de la malnutrición crónica, aunque el problema es mayor en las zonas rurales (véase la Figura 8). Tres cuartas partes de los niños que viven en la región Nor-Occidental y dos tercios de los que viven en la región Central están malnutridos.
- *Grupo étnico* Dos de cada tres niños indígenas tienen retardo del crecimiento, en comparación con menos de la mitad de la población no indígena.
- *Educación de la madre* Más de dos tercios de los niños cuyas madres carecen de instrucción tienen retardo del crecimiento.

Es evidente que mayores esfuerzos son necesarios para combatir esta importante amenaza contra el desarrollo y bienestar de los niños.

Figura 8
MALNUTRICIÓN POR RESIDENCIA Y EDUCACIÓN
(Porcentaje de niños de 3-36 meses de edad considerado con retardo del crecimiento de acuerdo con la relación entre talla y edad)*



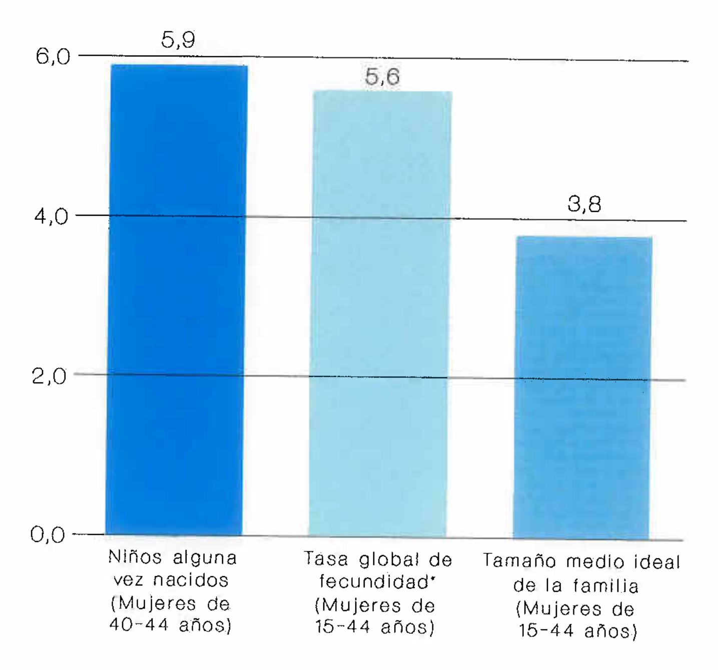

* Menor o igual que 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud

ENSMI 1987


BID/MANGURIAN



Figura 9
TAMAÑO REAL E IDEAL DE LA FAMILIA



*Tamaño completo de la familia proyectado

ENSMI 1987

FECUNDIDAD

La fecundidad ha descendido ligeramente en el último decenio — un 8 por ciento entre las encuestas de 1978 y 1987, de un promedio de 6,1 hijos por mujer a 5,6 (véase la Figura 9). Pese a este descenso, la tasa de fecundidad de Guatemala sigue siendo una de las más altas de América Latina.

La tasa de fecundidad de Guatemala de 5,6 hijos por mujer es una de las más altas de América Latina.

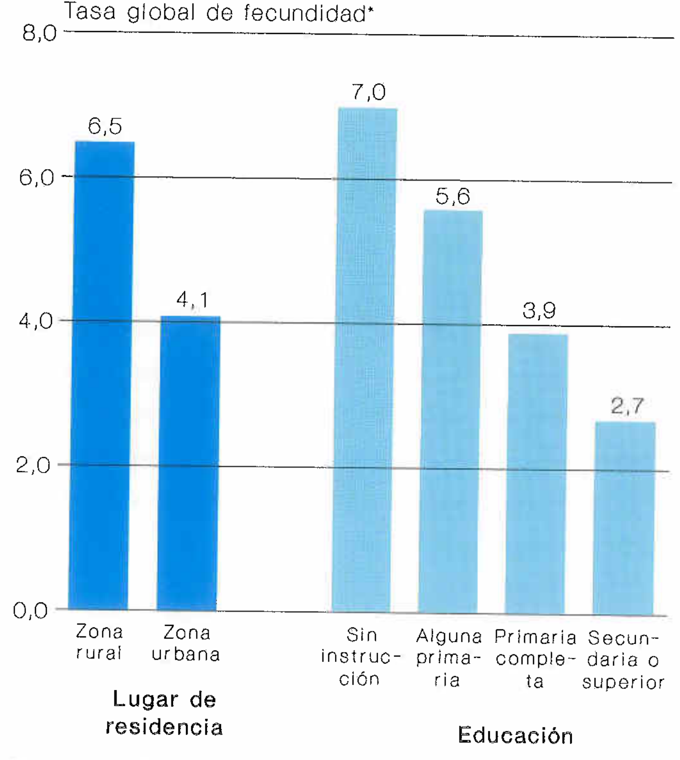
Las diferencias mayores de la fecundidad se notan entre los grupos educacionales. Con las tasas actuales de fecundidad, las mujeres con poca o ninguna instrucción tendrán más del doble de hijos que las que han cursado la escuela secundaria (véase la Figura 10).

La fecundidad también varía mucho por región. De acuerdo con las tasas de fecundidad actuales, las mujeres de las zonas rurales tendrán, de promedio 6,5 hijos, mientras que las mujeres de zonas urbanas tendrán 4,1. La fecundidad más alta corresponde a las regiones Norte y Nor-Occidental del país, y la más baja a la región metropolitana de Guatemala.

Factores que influyen en la fecundidad

Los datos de la encuesta destacan varios factores que influyen en los niveles y tendencias de la fecundidad en Guatemala, entre otros: 1) la edad al casarse; 2)

Figura 10
FECUNDIDAD POR LUGAR DE RESIDENCIA Y EDUCACIÓN
(Mujeres de 15-44 años)



* Tamaño completo de la familia proyectado

ENSMI 1987

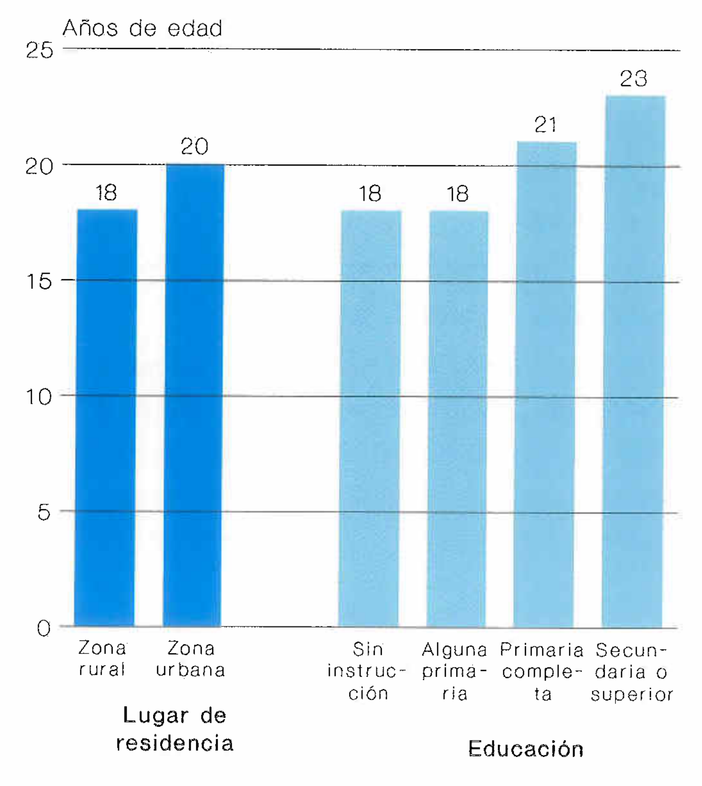
la lactancia materna y la amenorrea natural después del parto; 3) los deseos respecto a la fecundidad; y 4) el uso de anticonceptivos.

> *La mitad de todas las mujeres guatemaltecas se casa y tiene el primer hijo antes de los 20 años de edad.*

Edad al casarse y al tener el primer hijo

Las mujeres que se casan (o que comienzan a vivir en unión consensual) a una edad temprana tienden a tener hijos antes y tienen más hijos que las mujeres que se casan más tarde. La mitad de todas las mujeres guatemaltecas se casa y tiene el primer hijo antes de

Figura 11
EDAD PROMEDIO A LA PRIMERA UNIÓN POR RESIDENCIA Y EDUCACIÓN
(Mujeres de 25-44 años)



ENSMI 1987

los 20 años. Las mujeres que viven en zonas urbanas y las mujeres más instruidas se casan más tarde que las demás mujeres (véase la Figura 11). El hecho de tener hijos a una edad temprana no sólo contribuye a que la fecundidad sea alta, sino que además tiene efectos adversos en la salud de las madres jóvenes y en la de sus hijos.

Lactancia materna y amenorrea postparto

La lactancia materna extiende el período de la infertilidad natural siguiente al parto durante el cual la mujer no puede concebir. La lactancia materna es ampliamente practicada por las mujeres guatemaltecas, con una duración promedio de 20 meses. Debido a la larga duración de la lactancia, el período de amenorrea (la ausencia de menstruación) siguiente al parto es largo — 12 meses como promedio.

Las mujeres que viven en zonas rurales y las que tienen poca o ninguna instrucción amamantan por un tiempo más largo que las mujeres más instruidas o de zonas urbanas.

Deseos respecto a la fecundidad

Cuando se les preguntó cuántos niños preferirían tener, el 15 por ciento de las mujeres entrevistadas dieron respuestas no numéricas tales como "los que Dios quiera", o "todos los que se pueda". De las mujeres que dieron respuestas numéricas, el tamaño de la familia ideal era de unos cuatro hijos por mujer. De modo que las mujeres tienen de promedio alrededor de un hijo más de los que desean. Las mujeres jóvenes en unión (de 15-24 años de edad) quieren tener tres hijos cada una — dato que sugiere que la demanda de planificación familiar podría aumentar en el futuro.

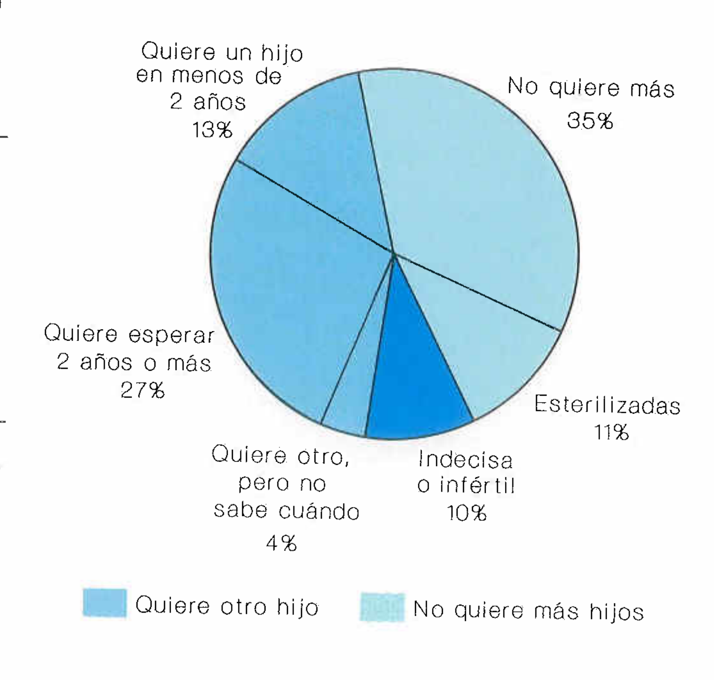
Se encontró en la encuesta que, de cada cinco mujeres guatemaltecas, tres desearían limitar o espaciar los nacimientos. Más de un tercio de las mujeres en unión no quieren otro hijo (véase la Figura 12). Otro 10 por ciento de mujeres ya se ha esterilizado y el 1 por ciento tiene maridos que se han esterilizado. Además,

Tres de cada cinco mujeres guatemaltecas desearían limitar o espaciar el nacimiento de los hijos.

más de una cuarta parte de las mujeres en unión desearían esperar dos años o más antes de tener otro hijo.

Si las parejas pudieran tener el número de hijos deseado mediante el uso de la planificación familiar, se reduciría el número de embarazos no deseados o inoportunos. Así, por ejemplo, las madres declararon que en el período de los cinco años anteriores a la encuesta, el 10 por ciento de los nacimientos no se habían deseado y otro 16 por ciento de los nacimientos se hubieran deseado para más adelante.

Figura 12
PREFERENCIAS RELATIVAS A LA FECUNDIDAD
(Mujeres en unión de 15-44 años)



ENSMI 1987


BID/MANGURIAN

Planificación Familiar

Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de métodos anticonceptivos es bajo entre las mujeres guatemaltecas si se las compara con otros países de América Latina. Sólo el 72 por ciento de las mujeres en unión manifestó haber oído hablar de al menos un método anticonceptivo. Los métodos mejor conocidos son la píldora y la esterilización femenina, los cuales fueron reconocidos por más de tres quintas partes de las mujeres en unión. Al menos un tercio de las mujeres en unión había oído hablar de la inyección, el DIU, la esterilización masculina o el condón. Una de cada cuatro mujeres en unión había oído hablar del método del ritmo, pero sólo un 8 por ciento reconoció el método de Billings, que es un tipo más preciso de abstinencia periódica.

Sólo un 12 por ciento de las mujeres entrevistadas nombró correctamente el período más fértil del ciclo femenino (a la mitad). Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que habían usado alguna vez el ritmo sabían cuál era el período correcto.

Uso de anticonceptivos

La tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos está entre las más bajas de América Latina. Actualmente, alrededor del 23 por ciento de las mujeres en unión está practicando alguna forma de anticoncepción (véase la Figura 13), lo que representa sólo un ligero aumento de la tasa de prevalencia de 1978 del 19 por ciento. La esterilización femenina es el método anticonceptivo de más aceptación, seguido de la píldora y el ritmo.

El uso de anticonceptivos varía mucho según el lugar de residencia, el grupo étnico y la escolaridad. Entre las mujeres que viven en zonas urbanas la

probabilidad de practicar la anticoncepción es tres veces mayor que entre las mujeres de zonas rurales. Las tasas de uso de anticonceptivos más altas corresponden a la región metropolitana de Guatemala, y las más bajas a las regiones Nor-Occidental y Norte del país. Las tasas presentan diferencias muy grandes, sobre todo entre

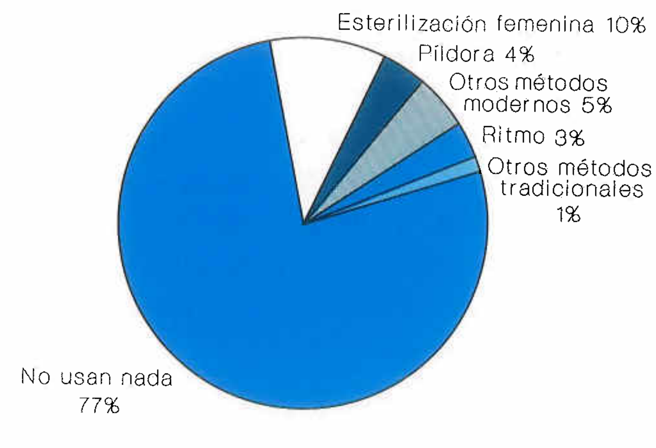
El uso de anticonceptivos es reducido.

los grupos étnicos; entre las mujeres ladinas la probabilidad de que practiquen la anticoncepción es seis veces mayor que entre las mujeres indígenas. De igual manera, el 60 por ciento de las mujeres que ha cursado la escuela secundaria usa anticonceptivos, en comparación con el 10 por ciento de las mujeres sin instrucción.

Barreras en el uso de anticonceptivos

Se preguntó a las mujeres que reconocieron un método anticonceptivo si habían oído mencionar algún problema acerca de su uso. Tres de cada cinco de estas mujeres mencionaron efectos secundarios con respecto a la píldora, y cerca de la mitad de las mujeres expresó esta misma preocupación en relación con el DIU y la inyección. La ineficacia de los anticonceptivos fue también una importante causa de preocupación: tres de cada 10 mujeres mencionaron la ineficacia en relación con el método del ritmo, y aproximadamente

Figura 13
USO DE ANTICONCEPTIVOS
(Mujeres en unión de 15-44 años)



ENSMI 1987

una de cada cinco con relación al método de Billings, el retiro y el diafragma.

Las mujeres manifestaron tres importantes razones para interrumpir el uso de anticonceptivos en los cinco años anteriores a la encuesta: el deseo de quedar embarazadas, la falla del método y el temor a sufrir efectos secundarios. Más de la mitad de las mujeres que habían usado el ritmo dijeron que el método había fallado, mientras que más de la tercera parte de las que habían usado el DIU, la inyección y la píldora dejaron de usar estos métodos a consecuencia de los efectos secundarios.

Servicios de planificación familiar

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) es un importante proveedor de métodos anticonceptivos médicos (el DIU y la esterilización masculina y femenina) y de métodos que requieren reabastecimiento periódico (la píldora, condones, métodos vaginales e inyecciones), atendiendo a más de un tercio de los usuarios de estos métodos. Los hospitales públicos y privados y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) son las fuentes principales de suministro de esterilización femenina, mientras que las clínicas particulares son una importante fuente de suministro del DIU, la inyección y el diafragma. Dos tercios de los usuarios de condones y un tercio de las usuarias de diafragmas los obtienen en las farmacias.

Mensajes de planificación familiar

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas han oído mensajes de planificación familiar en la radio o la televisión. Las mujeres que viven en zonas urbanas y las que han cursado por lo menos la escuela primaria tienden más que las demás mujeres a oír estos mensajes. Cuatro de cada cinco mujeres de zonas urbanas y más de la mitad de las mujeres de zonas rurales dijeron que estaban de acuerdo con que se transmitieran esos mensajes.

Demanda potencial de servicios de planificación familiar

De acuerdo con el número de mujeres que desean limitar o espaciar los nacimientos, pero que no están practicando la anticoncepción, se estima que el 19 por ciento de todas las mujeres en unión necesita servicios de planificación familiar. Sin embargo, sólo una de cada seis de estas mujeres piensa practicar la anticoncepción en el futuro. Aunque se estima que una proporción mayor de mujeres de zonas rurales y de mujeres con poca o ninguna instrucción necesita servicios de planificación familiar, el número de las que piensan usar anticonceptivos es menor en comparación con las mujeres de zonas urbanas y las más instruidas.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) documentan la necesidad de ampliar los servicios de salud y planificación familiar y de impartir mayor educación pública sobre estos temas. Las mujeres y los niños de las zonas rurales, así como las mujeres con poca o ninguna instrucción, constituyen un grupo especialmente desfavorecido en cuanto al estado de salud y a la utilización de servicios de salud.

Respecto a la salud materno-infantil, la ENSMI muestra la necesidad de más servicios de salud y educación pública en las siguientes áreas:

- programas de nutrición para los niños, especialmente para promover mejores dietas y alimentación suplementaria, y prácticas de destete apropiadas;
- atención prenatal, incluyendo inmunización antitetánica;
- asistencia durante el embarazo y el parto a cargo de profesionales capacitados, especialmente en el caso de los embarazos que presentan gran riesgo, identificados a través de examenes prenatales;
- fomento del uso de terapia de rehidratación oral (TRO) para tratar la deshidratación relacionada con la diarrea; y
- programas de inmunización.

Los promotores de salud y el público en general necesitan recibir información sobre la amplitud de la malnutrición de los niños y la importancia del espaciamiento de los nacimientos, la lactancia materna, la terapia de rehidratación oral y la inmunización en la sobrevivencia infantil.

En cuanto a la planificación familiar, la encuesta encontró algunas contradicciones entre los deseos expresados por las mujeres y el comportamiento de éstas. Aunque más de tres de cada cinco mujeres en unión dijeron que les agradaría limitar o espaciar los nacimientos, la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos es baja. Sólo una pequeña proporción de las mujeres que, según se estima, necesitan servicios de planificación familiar (las expuestas a quedar embarazadas sin desearlo), dijo que planeaba practicar

la anticoncepción en el futuro. Estos hallazgos tendrían su explicación en lo siguiente:

- *Falta de información* Más de una de cada cuatro mujeres en unión no reconocieron ningún método anticonceptivo — tradicional o moderno. Sólo una de cada ocho mujeres sabía cuál era el período más fértil del ciclo femenino (a la mitad).
- *Preocupación por la salud* Más de la mitad de las mujeres que habían oído hablar de la píldora, el DIU o las inyecciones mencionaron los efectos secundarios como posible problema en el uso de esos métodos.
- *Ineficacia de los anticonceptivos* Más de la mitad de las mujeres que habían dejado de usar el ritmo lo hicieron por haber quedado embarazadas.
- *Maternidad temprana* Para la mayoría de las mujeres, el patrón de embarazos sucesivos comienza en la adolescencia; la mitad de todas las mujeres guatemaltecas se casa y tiene su primer hijo antes de cumplir los 20 años.

El problema de los embarazos no deseados podría abordarse con las siguientes intervenciones:

- programas de educación pública para dar a conocer los lugares donde se prestan servicios, suministrar información sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles y los posibles efectos secundarios, promover el uso correcto de los métodos y disipar los rumores falsos;
- políticas y programas para instar a las mujeres jóvenes a postergar el matrimonio y la maternidad y a quedarse más tiempo en la escuela; y
- capacitación de los promotores de salud para que orienten a los clientes sobre los diversos métodos anticonceptivos y su uso correcto.

También es aconsejable promover continuamente la lactancia materna, no sólo porque conviene para espaciar los nacimientos, sino también por su contribución en favor de la salud y la nutrición del niño.

Los servicios ampliados de planificación familiar pueden también contribuir a mejorar la sobrevivencia infantil. Como lo demuestran los datos de la ENSMI, los niños nacidos en un intervalo mayor de dos años después del nacimiento anterior y cuyas madres tienen 20-39 años de edad tienen menor probabilidad de morir antes de los 5 años.

Los resultados de la ENSMI ofrecen una valiosa fuente de información para la planificación nacional y el desarrollo de programas de salud y planificación familiar. La información con relación a fecundidad y sobrevivencia infantil puede también utilizarse junto con los datos censales para estimar la demanda futura de educación, empleo, vivienda y servicios públicos.



CUERPO DE PAZ

HOJA DE DATOS

Encuesta Nacional Socio-Demográfica, 1986/87

Tamaño de la población (en millones) (1987)	8,2
Tasa de crecimiento natural (porcentaje)	3,2
Tasa neta de migración (porcentaje)	-0,4
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje)	2,8
Tiempo de duplicación de la población (en años)	22
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	41
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	9

Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de Guatemala, 1987

Población que compuso la muestra	
Mujeres de 15-44 años de edad	5.160
Niños menores de 5 años	4.581
Características básicas	
Porcentaje urbano	59,2
Porcentaje con nivel de instrucción superior al primario[1]	14,6
Nupcialidad y otros factores determinantes de la fecundidad	
Porcentaje actualmente casadas o en unión consensual	65,3
Porcentaje alguna vez casadas	73,2
Edad mediana de las mujeres de 20-44 años al casarse por primera vez	19,4
Edad mediana de las mujeres de 20-44 años al tener el primer hijo	20,8
Duración promedio de la lactancia materna (en meses)[2]	20,0
Duración promedio de la amenorrea del postparto (en meses)[2]	12,4
Duración promedio de la abstinencia del postparto (en meses)[2]	6,2

Fecundidad

Tasa global de fecundidad (tamaño completo proyectado de la familia)[3]	5,6
Promedio de niños alguna vez nacidos de mujeres de 40-44 años	5,9

Deseo de tener hijos

Porcentaje de mujeres actualmente en unión:	
No quieren más hijos (excluídas las mujeres esterilizadas)	35,4
Quieren postergar el siguiente nacimiento al menos por dos años	26,9
Promedio ideal de hijos para las mujeres de 15-44 años	3,8
Porcentaje de nacimientos no deseados[4]	10,3
Porcentaje de nacimientos en el momento no deseado[5]	15,8

Conocimiento y uso de la planificación familiar

Porcentaje de mujeres actualmente en unión que:	
Conocen algún método	71,9
Alguna vez usaron un método	34,0
Actualmente usan algún método	23,2
Esterilización femenina	10,4
Píldora	3,9
Ritmo	2,8
DIU	1,8
Condón	1,2
Retiro	1,2
Esterilización masculina	0,9
Inyección	0,5
Diafragma	0,4
Otros métodos	0,1

Porcentaje de usuarios de anticonceptivos que obtienen el DIU, esterilización masculina, o esterilización femenina en:

Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM)	41,2
Hospitales/clínicas públicas	22,4
Hospitales/clínicas privadas	20,6
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	13,3
Otros	2,5

Porcentaje de usuarios de anticonceptivos que obtienen la píldora, el condón, métodos vaginales, o inyecciones en

Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM)	24,8
Farmacias	24,3
Hospitales/clínicas públicas	22,9
Hospitales/clínicas privadas	13,4
Promotores/distribuidores	10,9
Otros	3,8

Mortalidad y salud

Tasa de mortalidad infantil[6]	73,4
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años[6]	109,8
Porcentaje de madres que tuvieron hijos en fecha reciente que:[7]	
Recibieron atención prenatal durante el embarazo	72,9
Fueron inmunizadas contra el tétanos durante el embarazo	13,7
Recibieron asistencia en el parto por un médico o una enfermera/partera	29,2
Porcentaje de niños de 12-23 meses de edad con tarjeta de vacunación	55,5
Porcentaje de niños de 12-23 meses de edad con tarjeta de vacunación inmunizados contra:	
BCG	51,0
DPT (3 dosis)	47,0
Polio (3 dosis)	52,1
Sarampión	68,7
Total de las seis enfermedades	24,7
Porcentaje de niños de 0-2 meses de edad siendo amamantados	93,8
Porcentaje de niños de 4-5 meses de edad siendo amamantados	89,4
Porcentaje de niños de 10-11 meses de edad siendo amamantados	84,7
Porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea[8]	16,7
Porcentaje de niños con diarrea tratados con:	
Algún tratamiento	67,6
Terapia de rehidratación oral	16,4
Porcentaje de niños de 3-36 meses de edad considerados moderada o gravemente malnutridos en forma crónica, según talla para edad	57,9
Porcentaje de niños de 3-36 meses de edad considerados moderada o gravemente malnutridos en forma aguda, según peso para talla	13,3

[1] Seis o más años de escolaridad
[2] Estimación del estado actual basada en los nacimientos registrados en los 36 meses anteriores a la encuesta
[3] Tasa basada en los nacidos a mujeres de 15-44 años de edad durante el período de los 0-5 años anteriores a la encuesta
[4] Porcentaje de nacimientos registrados en el período de cinco años anteriores a la encuesta que no habían sido deseados
[5] Porcentaje de nacimientos registrados en el período de cinco años anteriores a la encuesta que se deseaban para más adelante
[6] Las tasas corresponden al período de cinco años anterior a la encuesta (aproximadamente 1982-1987)
[7] Porcentaje basado en los nacimientos registrados durante los cinco años anteriores a la encuesta
[8] Porcentaje basado en los niños menores de 5 años cuyas madres declararon que los hijos habían tenido diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta